



不同气道湿化液在气管插管机械通气患者中的效果对比研究

林莲妹 (南平市第二医院重症医学科 福建南平 354200)

摘要: **目的** 探讨气管插管机械通气中不同气道湿化液方法的对比研究。**方法** 研究对象取2016年6月至2017年11月入住ICU96例行气管插管机械通气患者进行此次研究,随机、平均分为两组。对照组采取传统方法灭菌水500毫升加入呼吸机湿化罐内持续加温气道湿化,水温36.4-36.6℃,观察组气道湿化液为90毫克盐酸氨溴索+500毫升灭菌水加入呼吸机湿化罐内持续加温气道湿化,水温36.4-36.6℃。观察两组住院时间、啰音消退时间、成功拔管及呼吸机相关性肺炎发生情况。**结果** 观察组住院时间、啰音消退时间为(7.06±1.21)d、(3.03±0.44)d,均低于对照组,P<0.05,两组成功拔管概率差异不大,P>0.05;在VAP(呼吸机相关性肺炎)发生方面,观察组数据(2.50%)低于对照组,P<0.05。**结论** 在气管插管机械通气中,盐酸氨溴索+灭菌水应用效果更佳。

关键词: 气管插管机械通气 气道湿化 不良事件

中图分类号: R472.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)13-147-01

人工气道是危重患者重要救治手段,但此操作会影响上呼吸道功能,导致保水、湿化过滤清洁功能丧失,大量水分丢失^[1],甚至会造气道黏膜损伤,纤毛活动消失,进一步造成痰痂阻塞、排痰不畅,直接影响呼吸功能,诱发诸多并发症,危及患者生命安全,为保证气道通畅,予以有效的气道湿化意义重大。本文旨在探讨气管插管机械通气中不同溶质气道湿化的临床价值。

1 基础资料、治疗方法

1.1 资料

我院96例气管插管机械通气患者进行此次研究(2016年6月至2017年11月),以随机基本原则为依据,均分为两组。48例对照组:年龄[上限94岁、下限17岁、平均值(49.09±3.22)岁],男女之比为26:22。48例观察组:年龄[上限93岁、下限25岁、平均值(49.34±3.01)岁],男女之比为25:23。纳入标准:行气管插管机械通气患者;年龄≥17岁;呼吸衰竭者;肝肾等重要脏器功能障碍者;其他脏器或系统严重疾病者;均无法自主排痰者;上述资料对比不具意义,P>0.05。

1.2 治疗方法

对照组采取灭菌水气道湿化,剂量为500毫升,加入呼吸机湿化罐内持续加温湿化,水温控制在36.4-36.6℃。

观察组气道湿化液为90毫克盐酸氨溴索+500毫升灭菌水,加入呼吸机湿化罐内持续加温湿化,水温36.4-36.6℃。

1.3 指标

观察两组痰液的性质及量、住院时间、啰音消退时间、成功拔管及呼吸机相关性肺炎发生情况。

1.4 统计学处理

住院时间、啰音消退时间属于计量资料,借助T检验,成功拔管概率、不良事件发生概率属于计数资料,借助卡方检验,以SPSS20.00软件分析,两者对比差异较大的必要条件为P<0.05。

2 结果

2.1 两组住院、啰音消退及成功拔管情况对比

观察组住院时间、啰音消退时间为(7.06±1.21)d、(3.03±0.44)d,均低于对照组,P<0.05,两组成功拔管概率对比性不强,P>0.05,具体数据如表一所示:

表1: 对比两组住院时间、带管时间、成功拔管概率

项目	例数	住院时间 (d)	啰音消退时间 (d)	成功拔管概率 (%)
观察组	48	7.06±1.21	3.03±0.44	37(92.50)
对照组	48	10.03±0.98	5.16±0.79	35(87.50)
T值/卡方值	/	12.06	14.90	0.56
P值	/	0.01	0.01	0.46

2.2 两组不良事件发生情况对比

在不良事件发生方面,观察组数据(2.50%)低于对照组,P<0.05,具体数据如表二所示:

表2: 对比两组不良事件发生概率(n, %)

项目	例数	气道堵塞	肺部感染	血肿	不良事件发生概率
观察组	48	0	1	0	2.50
对照组	48	3	5	0	17.50
卡方值	/	/	/	/	5.00
P值	/	/	/	/	0.03

3 讨论

重症救治中,维持呼吸道通畅对患者治疗及预后效果意义重大,在建立人工气道后,气体经肺部直接进入机体,未进行正常过滤、湿化等生理处理,这也进一步诱发组织出现病理学变化,导致非特异功能减弱^[2-3],加强合理湿化、人工气道管理,可大大增加救治成功概率,也利于呼吸道黏膜纤毛系统相关功能维持,气体经呼吸道进入体内,需为体温饱和湿度状态。

此次研究中,观察组使用气道湿化液为90毫克盐酸氨溴索+500毫升灭菌水,加入呼吸机湿化罐内持续加温湿化,该项目用灭菌水加化痰药(氨溴索)持续气道湿化,比较不同溶质的湿化效果显著,利于炎症及水肿的消除,可改善局部血液循环,增强机体免疫功能,彻底吸除痰液,降低肺部感染发生风险,进而缩短住院、拔管时间,减少患者及家庭负担。在实际过程中,本文对照组采取灭菌水持续湿化,灭菌水属于低渗液体,可透过细胞膜进入细胞内的特点,不仅能够湿化气道,又可湿化痰液,不会对气道黏膜造成刺激,还可减少气道刺激,避免痰痂形成、刺激性咳嗽及气道出血的发生,降低肺部感染的发生。观察组采取灭菌水加化痰药物治疗,旨在分析不同溶质的应用效果。

此次结果中,在临床效果方面,观察组住院时间、啰音消退时间为(7.06±1.21)d、(3.03±0.44)d,均低于对照组,P<0.05,两组成功拔管概率差异不大,P>0.05;在不良事件发生方面,观察组数据(2.50%)低于对照组,P<0.05,以气道堵塞、肺部感染较为常见。显然,观察组所用方法更具优势,氨溴索能够润滑呼吸道、溶解黏痰,患者病情得到迅速控制,肺部感染等不良事件发生风险显著降低,可保证临床安全性及预后效果,实际过程中,应予以纤维支气管镜检查,明确湿化程度,根据湿化液量、检查结果,调整湿化方案,合理改善痰液粘稠情况,尽可能减少肺部感染的发生。王艳菊^[4]曾对气管插管非机械通气患者采取不同湿化方式,结果与本文相类似。

综上所述,在气管插管机械通气中,盐酸氨溴索+灭菌水持续气道湿化临床价值较高,可有效控制病情,保证临床安全性,促使疾病早日康复,值得进一步推广使用。

参考文献

- [1] 王静,李芳,马文娟,等.不同气道湿化方法在气管插管患者中的应用[J].安徽卫生职业技术学院学报,2017,16(1):161-162.
- [2] 张红,田敏,侯凤珍,等.智能输液控制器在气管插管患者气道湿化中的应用[J].现代中西医结合杂志,2013,22(3):318-319.
- [3] 李艳丽,方军,李兰,等.不同输液器在机械通气患者中的应用效果观察[J].海南医学,2017,28(9):1501-1503.
- [4] 王艳菊.两种湿化方式应用于气管插管非机械通气患者的临床研究[D].延边大学,2016.